DES



# HERNIES PAR GLISSEMENT

DU

## COLON ILIO-PELVIEN

## THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

**Le 27 Juillet 1904**

PAR

**Alexandre TRIFAUD**

Né à Creissan (Hérault), le 1er novembre 1878

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1904

# PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻) . . . . . . . . . Doyen
TRUC . . . . . . . . . . . . Assesseur

## Professeurs

| | |
|---|---|
| Clinique médicale . . . . . . . . . . . . . . | MM. GRASSET (✻) |
| Clinique chirurgicale . . . . . . . . . . . | TEDENAT. |
| Clinique obstétric. et gynécol . . . . . . . | GRYNFELTT |
| — — ch. du cours, M. Vallois. | |
| Thérapeutique et matière médicale. . . . | HAMELIN (✻). |
| Clinique médicale . . . . . . . . . . . . . | CARRIEU. |
| Clinique des maladies mentales et nerv. | MAIRET (✻). |
| Physique médicale. . . . . . . . . . . . . | IMBERT |
| Botanique et hist. nat. méd. . . . . . . . | GRANEL. |
| Clinique chirurgicale. . . . . . . . . . . . | FORGUE. |
| Clinique ophtalmologique. . . . . . . . . | TRUC. |
| Chimie médicale et Pharmacie . . . . . . | VILLE. |
| Physiologie. . . . . . . . . . . . . . . . . | HEDON. |
| Histologie . . . . . . . . . . . . . . . . . | VIALLETON. |
| Pathologie interne. . . . . . . . . . . . . | DUCAMP. |
| Anatomie. . . . . . . . . . . . . . . . . . | GILIS. |
| Opérations et appareils . . . . . . . . . . | ESTOR. |
| Microbiologie . . . . . . . . . . . . . . . | RODET. |
| Médecine légale et toxicologie . . . . . . | SARDA. |
| Clinique des maladies des enfants . . . . | BAUMEL. |
| Anatomie pathologique . . . . . . . . . . | BOSC |
| Hygiène. . . . . . . . . . . . . . . . . . | BERTIN-SANS |

*Doyen honoraire:* M. VIALLETON.
*Professeurs honoraires :*
MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), E. BERTIN-SANS (✻)
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

## Chargés de Cours complémentaires

| | |
|---|---|
| Accouchements. . . . . . . . . . . . . . . . | MM. PUECH, agrégé. |
| Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées | BROUSSE, agrégé |
| Clinique annexe des mal. des vieillards. . | VIRES, agrégé. |
| Pathologie externe . . . . . . . . . . . . . | JEANBRAU, agrégé. |
| Pathologie générale . . . . . . . . . . . . | RAYMOND, agrégé. |

## Agrégés en exercice

| | | |
|---|---|---|
| MM. LECERCLE. | MM. PUECH | MM. VIRES |
| BROUSSE | VALLOIS | IMBERT |
| RAUZIER | MOURET | VEDEL |
| MOITESSIER | GALAVIELLE | JEANBRAU |
| DE ROUVILLE | RAYMOND | POUJOL |

M. IZARD, *secrétaire.*

## Examinateurs de la Thèse

| | |
|---|---|
| MM FORGUE, *président.* | MM. IMBERT (L.), *agrégé.* |
| VIALLETON, *professeur.* | MOURET, *agrégé.* |

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA MÈRE - A MA SŒUR

*Témoignage de profonde affection et de reconnaissance.*

A. TRIFAUD.

A MON GRAND-PÈRE

A MON ONCLE Z. TEISSIER

A MON ONCLE

LE DOCTEUR E. TRIFAUD

MÉDECIN PRINCIPAL DE 1re CLASSE

MÉDECIN CHEF DE L'HOPITAL MILITAIRE DE TOULOUSE

*Je fais hommage de ce modeste travail.*

A. TRIFAUD

A MES PARENTS

A MES AMIS

A. TRIFAUD.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A. TRIFAUD

# INTRODUCTION

La connaissance des hernies du gros intestin est de date peu ancienne ; elle débute au commencement du XIX[e] siècle avec Scarpa. L'illustre chirurgien donna une lumineuse description de leur mécanisme, de leur pathogénie et une série de considérations du plus haut intérêt pratique. Il aurait semblé difficile de pouvoir battre en brèche de pareils préceptes ou même de s'en écarter pour évoluer sur un terrain différent. Et pourtant, « on est retombé après lui dans les descriptions vagues et obscures des auteurs qui s'en étaient antérieurement occupés » (1).

Il faut en arriver aux travaux de Trèves, de Tuffier pour trouver une mise au point nette de cette si importante question.

De bonnes monographies (Boiffin, Mérigot de Treigny, Desbordes), les intéressantes observations d'Hartmann, de Terrier, d'Anderson ont contribué à faire revivre les belles théories de Scarpa.

Enfin, les thèses de Mayo, Trutié de Vaucresson sont venues y ajouter un utile complément d'informations.

Nous avons dû puiser amplement chez ces différents auteurs pour l'élaboration de notre modeste travail : « Les hernies par

---

(1) Hartmann ; *France médicale*, mars 1887.

glissement de l'S iliaque ou côlon ilio-pelvien », à l'étude desquelles nous nous limiterons. Suivant l'ordre de description habituel, nous essaierons de présenter de cette question un aperçu successivement anatomique, pathogénique, anatomo-pathologique, symptomatique, thérapeutique.

Le point de départ en fut quelques cas de volumineuses hernies par glissement que nous eûmes l'occasion de voir cette année dans le service hospitalier de M. le professeur Forgue ; le guide le plus utile fut une belle leçon clinique que notre maître fit sur ce sujet. C'est d'ailleurs dans son service que nous vîmes appliquer de la façon la plus nette et la plus méthodique la technique opératoire de règle en pareil cas.

M. le professeur Forgue eut l'obligeance de nous indiquer la voie à suivre, de nous fournir des indications supplémentaires, de nous donner quelques-uns de ces conseils que ses élèves ont coutume d'estimer si précieux. Qu'il daigne nous permettre de l'assurer ici de toute notre respectueuse gratitude pour cette bienveillance ainsi que pour le grand honneur qu'il nous fait aujourd'hui en acceptant la présidence de notre thèse.

---

DES

# HERNIES PAR GLISSEMENT

DU

# COLON ILIO-PELVIEN

---

## CHAPITRE PREMIER

### DESCRIPTION ANATOMIQUE

Si les hernies que nous étudions ici ont une physionomie un peu spéciale, différente de celle des autres variétés, elles la doivent pour une grande part aux rapports du gros intestin avec son unique moyen de fixité, le péritoine, et à la disposition de ses replis, de ses mésos.

Ces notions anatomiques, considérablement élucidées par les recherches de Scarpa, Bardeleben, Trèves, Tuffier, Schiefferdaecker, Jonnesco, ont, en l'espèce, une grande importance.

Aussi nous sommes-nous attaché à en présenter un rapide aperçu en même temps qu'une description sommaire du segment gauche du gros intestin.

Le côlon descendant qui, pendant la vie embryonnaire, est pourvu d'un long méso, le mésentère terminal primitif de Jonnesco le rattachant à la ligne médiane de

la paroi abdominale, voit plus tard ce méso disparaître ou n'exister plus qu'à l'état de rudiment. Trèves admet que 26 fois sur 100, le côlon descendant reste pourvu d'un méso plus ou moins appréciable ; la proportion serait plus forte pour le còlon ascendant (36 p. 100). Rogie et Pérignon (1), rapportant quelques cas de persistance du mésocôlon descendant, concluent à sa rareté. Jamais Fromont n'a constaté, pour le côlon descendant, de méso dépassant 3 à 4 centimètres de largeur. Enfin, le point qui reste acquis de nombreuses recherches anatomiques, c'est la fusion tardive de la séreuse postérieure du mésocòlon descendant avec le péritoine sous-jacent.

Quant à la portion désignée sous les noms de S iliaque, de còlon sigmoïde, d'anse oméga, il est bon, avant de décrire ses rapports péritonéaux, de s'entendre sur ce que l'on désigne sous ces noms variés. Car les auteurs lui ont attribué des situations et surtout des limites très différentes les unes des autres.

Les classiques allemands donnent de ce qu'ils nomment « flexura sigmoïdea » une description vague et lui assignent une situation des plus variables.

Trèves décrit sous le nom d'anse oméga une anse du gros intestin, très mobile, ayant par déplissement la forme d'un oméga (ω), dont la branche supérieure occuperait la fosse iliaque gauche (il la rattache au côlon ascendant) et l'inférieure ne serait autre que la deuxième portion du rectum, celle qui va de la troisième vertèbre sacrée au coccyx ; cette anse serait située normalement dans le petit bassin.

---

(1) Rogie et Pérignon, *Bul. Soc. Anat. Chir.* Lille, 1889, p. 208.

Schiefferdaecker décrit aussi cette grande anse sigmoïde interposée entre le rectum et le côlon descendant.

Fromont parle de l'S iliaque comme pouvant occuper le petit bassin, mais sans en préciser les limites.

Claudius von Samson donne comme limites de cette anse, la fosse iliaque d'une part, la troisième vertèbre sacrée de l'autre.

Bref, ces auteurs ne s'entendent point sur les limites précises que l'on doit assigner au côlon terminal.

Jonnesco, le premier, après toute une série de recherches minutieuses sur l'anatomie du côlon ilio-pelvien chez l'embryon, le nouveau-né, l'adulte, pose des conclusions nettes :

Il divise le côlon terminal en deux parties : côlon iliaque et côlon pelvien.

« Le premier, dit-il, commence à la crête iliaque où il prolonge, sans ligne de démarcation nette, le côlon descendant et se termine sur le bord interne du psoas où il se continue avec le côlon pelvien ; il traverse la fosse iliaque en décrivant une courbe à concavité supero-interne... »

Le deuxième, peu long, plus mobile, se continuant avec deux segments fixes du gros intestin, le côlon iliaque d'une part, et le rectum d'autre part, a des limites nettes : sa limite supérieure répond au bord interne du psoas gauche, sa limite inférieure au corps de la troisième ou de la quatrième vertèbre sacrée, où il se continue avec le rectum. Rien n'indique sur le tube intestinal sa limite supérieure ; inférieurement, au contraire, il est séparé du rectum par un sillon, quelquefois même circulaire.

Cette division du côlon ilio-pelvien en deux parties

distinctes : côlon iliaque et côlon pelvien, paraît des plus légitimes.

Quant à la séparation à faire entre le côlon iliaque et le côlon descendant, il semble qu'elle ne puisse être discutée, malgré l'absence de limite appréciable; des différences trop nettes plaident en sa faveur : configuration extérieure tout autre, bandes longitudinales moins évidentes, fibres musculaires qui les forment tendant à se dissocier à leur surface, bosselures et sillons transversaux moins marqués, ressemblance du côlon sigmoïde avec les anses d'intestin grêle avec lequel on pourrait le confondre, n'étaient ses franges épiploïques.

Et cependant, en ce qui concerne ses rapports avec le péritoine, il ne diffère pas sensiblement du côlon ascendant.

Uni pendant la période embryonnaire à la paroi abdominale postérieure et médiane par le mésentère terminal primitif, il voit persister quelque temps cette disposition embryonnaire ; il n'est pas rare de retrouver chez l'enfant des vestiges de ce méso, alors que les autres portions du gros intestin sont déjà soudées. Chez l'adulte, on peut quelquefois constater par places une absence de soudure. ce que Jonnesco appelle les « fossettes paracoliques » et même la persistance d'un méso de deux ou trois centimètres. Dans la grande majorité des cas (90 pour 100), il adhère à la paroi par un tiers ou un quart de sa surface et tend à devenir de plus en plus sessile à mesure que l'on avance en âge.

Enfin, le côlon pelvien est essentiellement mobile grâce à la persistance du segment terminal primitif qui lui appartient et qui, ne s'accolant pas au péritoine pariétal, constitue le mésocôlon pelvien. Sous ce rapport, la dernière portion des côlons est l'analogue de l'intestin grêle.

Cette insertion du mésocôlon pelvien à la paroi n'est pas rectiligne, mais se fait suivant une ligne brisée qui constitue les deux racines du mésocôlon : l'une médiane et verticale, lombo-sacrée, la racine primitive, l'autre oblique et gauche, iliaque, c'est la racine secondaire. Celle-ci s'insère sur le flanc gauche des vaisseaux iliaques externes et primitifs et, conduite par eux, rejoint la racine primitive à angle aigu sur la bifurcation de l'aorte.

Un point intéressant résulte de la distinction établie par Trèves au sujet de la longueur de l'anse pelvienne du côlon ; cet auteur distingue deux types d'anses bien distincts : un type court et un type long coïncidant avec une insertion plus ou moins haute ou plus ou moins basse de la racine du mésoclôon ; c'est ainsi qu'il y a : 1° insertion haute de la racine et anse courte, 2° insertion basse et anse longue, 3° insertion basse et anse courte. Le second type (2°) paraît réaliser, au maximum, les conditions prédisposantes pour les hernies que nous envisageons ici.

---

# CHAPITRE II

## ETIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

Il existe pour les hernies du gros intestin, comme pour les autres hernies, une série de conditions étiologiques sur lesquelles nous n'insisterons pas ici, étant donné leur peu d'importance.

Le sexe masculin, l'âge adulte et la vieillesse sont parmi les causes prédisposantes; ces hernies s'observent surtout du côté gauche et ce sont principalement des variétés scrotales.

La pathogénie, si elle n'a pas donné lieu à de grandes ni à de nombreuses théories, n'en a pas moins reçu des interprétations assez diverses :

« Les anciens, dit Sernin (1), n'avaient point des connais-
» sances aussi certaines que les modernes sur la nature
» et le traitement des hernies ; si l'on compare ce qu'ils
» ont dit avec les ouvrages de Petit, Heister, Richter,
» Pott, Hunter, etc..., on verra combien les principes
» établis par ceux-ci sont vrais et combien, au contraire,
» la doctrine de leurs prédécesseurs était vicieuse et hypo-
» thétique. »

---

(1) Sernin fils, *in* Journal de Médecine de Sédillot.

Ils reconnaissaient en général à toutes les variétés une même condition nécessaire, la rupture du péritoine, et une même cause, l'effort.

Celse distingue des hernies par dilatation et des hernies par rupture : « *Quæ (vitia) modo ruptis tunicis quas ab inguinibus incipere proposui, modo his integris fiunt* ».

Il faut arriver à Scarpa et à Cloquet pour avoir une compréhension exacte de cette question.

Cet auteur distingue, pour la production de ces hernies, deux modes de locomotion de l'intestin : tantôt il glisse dans le tissu cellulaire de la région lombo-iliaque, en arrière du péritoine qu'il décolle et arrive ainsi jusqu'au pli de l'aîne où il peut s'engager en entraînant incomplètement la séreuse. Tantôt, au contraire, l'intestin déprime et distend le péritoine qui l'enveloppe, le pousse devant lui en s'en coiffant de plus en plus; arrivé au niveau de l'orifice herniaire, il s'y engage en s'entourant d'un sac complet, si la portion libre fait seule hernie ou possédant des adhérences à la partie supérieure, si la partie herniée est plus longue.

On en arrive ainsi aux trois degrés décrits par Scarpa pour les hernies du cœcum et du côlon ascendant ; elles sont exactement superposables aux trois degrés des hernies des côlons ilio-pelvien et descendant décrits plus loin.

Le péritoine, suivant l'expression de Cloquet, est une membrane fine, lisse, polie, demi-transparente, perspirable, habituellement humectée par de la sérosité ; il est extensible, se laisse allonger, dilater, et cela plus ou moins, suivant les différences nombreuses qu'il offre dans son élasticité, son épaisseur, sa résistance non seulement chez les divers individus, mais encore dans les divers points de son étendue. Plus il est fin et adhérent, plus il

est extensible ; plus il est lâchement fixé et moins il se laisse distendre, plus il a de tendance à se déplacer. L'élasticité et la force du péritoine ne sont pas néanmoins en rapport direct avec son épaisseur.

Ainsi, le péritoine peut arriver à un degré considérable de distension; l'exemple en est fourni par le développement qu'atteignent certains sacs herniaires, même lorsque des adhérences s'opposent au glissement des parties voisines. Mais dans les hernies très volumineuses, les quasi-éventrations comportant l'issue à travers l'orifice inguinal dilaté de plusieurs anses d'intestin grêle et de tout ou partie du segment gauche du gros intestin, le mécanisme est tout autre ; et il semblait *a priori* difficile d'admettre la seule distension. L'élasticité et l'extensibilité péritonéales, pour être considérables, n'en ont pas moins leurs limites.

Le glissement, qui quelquefois même intervient seul dans la production des hernies du gros intestin peu considérables, fournira une interprétation meilleure et plus complète de ces grosses hernies.

Au nombre de ce qu'on nous permettra d'appeler ses causes occasionnelles, réunies pour la plupart par Scarpa, et en premier lieu, doit se placer la laxité du tissu cellulaire sous-péritonéal. Le péritoine est, en effet, uni aux plans sous-jacents par un tissu cellulaire plus ou moins épais et lâche suivant les parties considérées, fortement adhérent en avant vers la ligne blanche, au point que l'on ne peut tirer sur lui sans le déchirer, il devient bien moins serré sur les côtés et en arrière ; ceci est prouvé par le fait que le tissu cellulaire sous-péritonéal peut s'infiltrer de sérosité ou se pénétrer d'une grande quantité de graisse et augmenter ainsi son relâchement naturel.

Dès lors, comme dit Scarpa, cette membrane, soumise

en certaines circonstances à une traction graduée et longtemps soutenue, peut glisser sur les parties qu'elle recouvre et changer totalement de situation par rapport à elles sans que le tissu cellulaire intermédiaire ait éprouvé la moindre rupture. Le péritoine subit une véritable locomotion ; il change de place, et si on examine attentivement ce qui se passe pendant son déplacement, on voit que les mailles du tissu cellulaire sous-jacent perdent leur forme ; elles s'allongent ; toutes les fibres, les lamelles se rapprochent les unes des autres, deviennent parallèles pour la plupart et se condensent en une membrane celluleuse qui s'applique sur le péritoine. Le tissu cellulaire reprend la place et l'apparence qu'il avait auparavant dès qu'on ramène le péritoine à sa première position. Cloquet, pour le démontrer, faisait cette expérience-ci sur le péritoine de la région iléo-lombaire : il incisait cette membrane de haut en bas, l'enlevait d'un côté, de manière à mettre à découvert le tissu cellulaire, unissant à la fosse iliaque la portion qui était laissée adhérente. En tirant avec précaution, il constatait que les phénomènes indiqués se passaient sans déchirement, à moins d'une traction trop considérable.

Verdier, dans son *Traité pratique des hernies*, fait des remarques analogues :

« En portant le doigt, dit-il, dans l'abdomen d'un cadavre et en le poussant de dedans en dehors à travers une des ouvertures de cette cavité, le péritoine chemine vers l'endroit où on le force de s'engager. »

Cette adhérence du péritoine, variable suivant les régions anatomiques, est également variable suivant les sujets.

Très puissante chez les individus à tissus résistants.

elle sera au minimum chez les ptosiques, les sujets à mauvais tissus.

Le glissement du péritoine sera susceptible d'être accru par toute cause de pression ou de traction exercée sur le gros intestin.

Par un mécanisme analogue à celui des hernies cœcales, dont Féré et Sandifort rapportent plusieurs exemples, la descente du côlon iléo-pelvien peut se faire à la faveur d'adhérences. Ces adhérences pourront être le résultat d'un processus de péritonite locale et intéresser l'une quelconque des parties voisines (intestin grêle, vessie, épiploon).

L'accumulation dans l'S iliaque de fœces dures, ainsi que dit Scarpa, contribuera dans certains cas à cette descente ; de même pour une tumeur du gros intestin.

Enfin, une série d'autres causes semblerait agir d'une tout autre façon : l'amplitude ou le développement physiologique ou pathologique des viscères pelviens (vessie, utérus, ampoule rectale) peuvent agir indirectement sur le côlon iliaque, en faisant remonter vers la cavité abdominale le côlon pelvien normalement situé. Dès lors, loin d'agir sur les attaches de ce segment du gros intestin, ces phénomènes de réplétion ou d'hypertrophie auraient pour effet de le refouler progressivement de bas en haut, et de lui donner ainsi la faculté de se mettre en rapport avec un trajet herniaire. On pourrait en dire autant de toute tumeur du petit bassin.

---

# CHAPITRE III

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les hernies de l'*S iliaque* sont le plus souvent des hernies obliques externes ; les hernies directes, dont on signale quelques cas (Broca, Alexandre) étaient des hernies anciennes et très volumineuses. Dans ces faits, le canal avait subi les modifications habituelles, les deux orifices inguinaux s'étaient rapprochés et très élargis, « l'anneau fibreux très élargi admettait le poing ».

Quant aux rapports du sac herniaire avec les organes y contenus, plus complexes que pour des épiplocèles ou des entérocèles banales, le point le plus intéressant est la présence des adhérences charnues naturelles si bien décrites par Scarpa.

L'illustre chirurgien mit le premier en lumière qu'il fallait distinguer deux sortes d'adhérences ayant des caractères très différents : les unes, nommées par lui, adhérences charnues accidentelles, « adhérences charnues non naturelles », sont un degré plus avancées que les adhérences gélatineuses et les adhérences filamenteuses de la classification d'Arnaud ; ce sont des adhérences dures et solides, quelquefois avec callosités ; elles ne se produisent qu'un certain temps après l'apparition de la hernie,

succédant toujours à un travail inflammatoire ; c'est le résultat d'un processus local de péritonite adhésive.

Les autres, essentiellement différentes, se constituent en même temps que la hernie et existent en dehors de toute complication inflammatoire.

Ce qui les distingue surtout, c'est leur aspect : régulières et souples, lisses et luisantes comme le reste du sac, elles ont le poli des séreuses et non l'apparence rugueuse, comme chagrinée,des adhérences précédentes ou adhérences vraies. Elles sont, en outre, plus friables.

« Cette espèce d'adhérence, disait Scarpa, est formée » par les mêmes liens qui fixaient naturellement l'intestin » dans la cavité abdominale et qui ont été entraînés avec » lui dans le scrotum. Elle ne s'observe point dans toutes » les hernies scrotales, mais seulement dans celles du » gros intestin, c'est-à-dire dans les hernies scrotales du » côté droit qui sont formées par le cœcum, l'appendice » vermiforme et le commencement du còlon ; et dans » celles du côté gauche qui renferment l'S romaine du » côlon. »

Elles occupent surtout la face postérieure du sac et sont de longueur variable ; tantôt elles se présentent sous forme de ruban membraneux lisse, rosé, unique, tantôt elles sont multiples, au nombre de deux, trois ou quatre travées, mais de même apparence.

Leur structure et leur constitution intime ressortent de la description que nous en avons déjà donnée. Identiques d'aspect au péritoine, aux mésos, elles sont tout à fait de même nature que lui ; elles en représentent d'ailleurs une partie. Comme eux, elles renferment, dans l'intervalle des deux feuillets péritonéaux accolés, des vaisseaux et des nerfs pour la vascularisation et pour l'innervation et la trophicité de l'intestin. Les vaisseaux contemporains de

la portion intestinale à laquelle ils sont destinés, sont nettement distincts des vaisseaux néoformés des adhérences vraies. Ces vaisseaux et ces nerfs, qui constituent les seuls moyens de nutrition de cette partie du gros intestin, sont absolument nécessaires à sa vie propre; et l'on conçoit aisément que tout ce qui portera atteinte à leur intégrité, nuira d'autant au segment d'intestin correspondant. Par analogie avec ce qui se passe pour le mésentère, une section de ces attaches pourra produire de l'ischémie et, secondairement, un sphacèle local.

Mais un accident encore plus immédiat et primordial, résultant de cette section, c'est l'hémorragie : contrairement à ce qu'on pourrait croire *a priori*. il est difficile quelquefois de s'en rendre maître, malgré les ligatures que l'on puisse faire des vaisseaux des deux tranches de section.

L'observation suivante d'Arnaud en est un exemple :

### Observation d'Arnaud

Sur une hernie du cœcum compliquée d'adhérences et de gangrène
(Rapportée par Scarpa, *Traité pratique des hernies.*)

« Je fus appelé, dit Arnaud, auprès d'un individu sexagénaire, affecté depuis 20 ans d'une volumineuse hernie scrotale..... A divers signes, je reconnus que la hernie était compliquée d'adhérences et qu'il n'y avait d'autre parti à prendre que de tenter l'opération. Ayant ouvert la tumeur, je vis qu'elle renfermait une partie de l'iléon, tout le cœcum et environ dix pouces du còlon. Ces intestins étaient adhérents au sac et, en outre, gangrenés en

plusieurs points. J'employai une heure et quart à couper les adhérences et les brides qui unissaient le côlon aux parois du sac ; et, enfin, ne sachant plus quel parti prendre pour terminer l'opération, je me décidai à emporter tout le paquet intestinal qui formait la hernie ; mais, comme il fallait prendre quelques précautions pour prévenir l'hémorragie, je commençai par lier l'un après l'autre les vaisseaux de la portion du mésentère qui soutenait l'iléon et ceux du mésocôlon ; après quoi je coupai indistinctement toute cette masse d'intestins au niveau de l'anneau inguinal... Quoique j'eusse lié un grand nombre de vaisseaux du mésentère et du mésocôlon, l'hémorragie qui avait eu lieu dans le moment même où j'excisais la masse intestinale, reparut dans la nuit et nécessita l'emploi de topiques astringents et de la compression...»

Scarpa fait remarquer à ce propos qu'Arnaud avait méconnu la véritable nature de ces adhérences charnues naturelles. « S'il l'avait bien connue, dit-il, il n'eût pas employé une heure et quart à couper, sans aucune utilité, les adhérences et les brides qui unissaient le cœcum et le côlon aux parois du sac herniaire ; mais il s'en serait tenu au traitement des hernies irréductibles et gangrenées. »

Les adhérences charnues naturelles, par leur présence ou leur absence permettent de donner des hernies du côlon ilio-pelvien une classification très analogue à celle de Scarpa pour le segment droit du gros intestin (cœcum et côlon ascendant).

*Premier degré.* — La partie mobile de l'S iliaque fait seule partie intégrante de la hernie ; dans ce cas, le large méso qui la suspend présente absolument la disposition du mésentère et lui donne une grande mobilité ; la hernie peut encore rentrer.

*Deuxième degré.* — La hernie est constituée par l'S ilia-

que au complet, si bien que la portion iliaque est fixée dans le sac par les mêmes replis péritonéaux qui la fixaient dans l'abdomen : il y a adhérences charnues naturelles.

*Troisième degré.* — La descente s'est opérée encore plus complète et une portion plus ou moins considérable de côlon descendant peut faire partie de la hernie.

Dès lors, on doit comprendre que la disposition du sac herniaire variera suivant le degré considéré :

Dans une hernie de la partie mobile de l'S iliaque, il y aura sac complet ; les quelques cas de sac incomplet que certains donnent de cette portion doivent être tenus pour douteux ; suivant les judicieuses remarques de Mauclaire, il devait bien plutôt s'agir de la portion iliaque ou peut-être même de la partie inférieure du côlon descendant. Le sac peut offrir quelques particularités, par exemple : sac à collets multiples, sac avec diverticules, sac inguino-interstitiel ; nous ne faisons que les mentionner, étant donnée leur faible importance.

Quand le côlon iliaque est en cause, comme il est normalement dépourvu de péritoine à sa face postérieure, il sera extrasacculaire ou fera partie des parois du sac, sacculaire.

Lorsqu'il s'est glissé derrière l'S iliaque une portion de côlon descendant, on a encore un sac incomplet. Mais ici, il peut exister des variations. Le plus habituellement dans ces cas le sac incomplet occupe la partie antéro-interne de la hernie, tandis que la partie externe est remplie par le côlon dépourvu de péritoine Mais, quelquefois, lorsqu'il y a persistance du mésocôlon descendant, que par conséquent le côlon descendant est intra-péritonéal, on doit avoir un sac complet.

Dans sa descente, l'intestin peut subir un mouvement

de torsion sur son axe ; la partie dépourvue de péritoine se trouve antérieure et on est en présence d'un sac incomplet mais postérieur, où peuvent s'engager des anses d'intestin grêle. De là, des précautions à prendre pour l'incision dans la cure radicale.

Peut-il y avoir exceptionnellement absence de sac ? Scarpa le niait. Anderson en rapporte trois observations qui paraissent établir sa possibilité.

Un dernier point qui reste à signaler au point de vue anatomo-pathologique, c'est l'hypertrophie des franges épiploïques. Celle-ci, souvent considérable, peut arriver « à former de véritables tumeurs, sortes de lipomes pesants » qui contribuent à l'irréductibilité. Broca, Hartmann, Peyrot en ont rapporté plusieurs cas.

---

# CHAPITRE IV

## SYMPTOMES — DIAGNOSTIC

Les caractères spéciaux des hernies de l'S iliaque au point de vue symptomatique, de même que celles du cœcum, ne forment pas un ensemble bien typique.

Aussi bien à gauche qu'à droite, ce sont généralement des hernies volumineuses comportant à travers l'orifice inguinal l'issue du gros intestin et, en outre d'une partie plus ou moins considérable d'intestin grêle ou d'épiploon. C'est déjà là un symptôme qui a son importance ; toutes les hernies du gros intestin ne sont pas forcément très considérables ; il en est de la dimension du poing ; mais toute hernie scrotale volumineuse doit faire songer à une hernie du gros intestin.

L'irrégularité de la forme, les bosselures intestinales, l'empâtement et l'induration que l'on perçoit au palper ne permettent pas de donner comme probable la présence de telle ou telle portion du gros intestin ; de même pour les crises douloureuses et la constipation opiniâtre.

Les signes suivants auraient pour l'S iliaque une bien plus grande valeur : la sensation de tiraillement, de pesanteur, de gargouillement dans la hernie, l'augmentation de volume manifeste au moment de la défécation.

Enfin, une presque certitude résulterait de la constatation du signe donné par Desbordes : « En injectant de l'eau et du gaz par le rectum, on peut voir se produire du côté de la hernie, des changements de volume et de consistance ; on peut entendre un véritable gargouillement. »

Certains symptômes spéciaux peuvent mettre sur la voie ; nous citerons celui de Bérard, qui put diagnostiquer une hernie de l'S iliaque par « l'impossibilité d'introduire dans le rectum quelques onces de liquide ». Perrier, dans un cas de fistule stercorale consécutive à une hernie inguinale gauche étranglée, avait injecté du liquide dans le rectum ; en ayant vu sourdre quelques gouttes par la fistule, il en conclut que l'anse étranglée appartenait à l'S iliaque.

Ces moyens de diagnostic sont loin d'avoir une efficacité constante et c'est souvent l'ouverture du sac « livre de la vérité », comme disait J.-L. Petit, qui en donnera seule la clef.

L'irréductibilité a une bien plus grande valeur, et, si elle ne s'observait également dans les épiplocèles ou à la suite de poussées de péritonite herniaire, on pourrait lui accorder une valeur absolue. Elle varie suivant le volume de la hernie et les adhérences ; elle est plus appréciable, plus complète dans les hernies volumineuses et dans le cas d'adhérences serrées. Les franges épiploïques de l'S iliaque, surtout si elles sont hypertrophiées, contribuent encore à l'accroître.

Cette irréductibilité se constate et par l'interrogatoire et par l'examen direct : le malade racontera par exemple que la hernie ne rentre jamais spontanément et que, quelque effort qu'il fasse pour la faire rentrer, il en reste toujours une partie dans les bourses. Le taxis vient à

l'appui de ces données : rentrée de l'intestin avec gargouillement, mais persistance d'une ou plusieurs anses dans le fond du sac. Certaines observations publiées plus loin semblent d'ailleurs les confirmer

L'irréductibilité a naturellement une bien plus grande valeur si l'on peut, avec peu de chances d'erreur, éliminer comme cause de ce phénomène les adhérences inflammatoires. Si l'irréductibilité, brusque dès l'apparition de la hernie, peut, dans quelques exceptions, être le fait d'adhérences par glissement, il est plus normal d'observer l'inverse ; l'adhérence par glissement se montre à une époque tardive.

L'absence de phénomènes inflammatoires locaux et généraux permettra de pencher encore vers cette dernière hypothèse.

---

# CHAPITRE V

## COMPLICATIONS ET PRONOSTIC

La complication la plus fréquente est la péritonite herniaire. Accompagnée de ses phénomènes généraux habituels, elle aboutit à la formation d'adhérences nouvelles, fibreuses ou celluleuses, qui viennent se joindre aux adhérences charnues naturelles plus anciennes, rendant ainsi l'irréductibilité plus complète, susceptible même de faire de l'étranglement.

L'étranglement herniaire, de fréquence à peu près pareille pour toutes les hernies du gros intestin, est plus rare que celui de l'intestin grêle. Il est aussi moins complet d'emblée et n'arrive, sauf exceptions, au degré d'intensité de ce dernier qu'au bout d'une période de 7 à 8 jours. On peut le voir évoluer au milieu d'un cortège symptomatique d'une torpidité relative : nausées existant souvent sans vomissements, vomissements alimentaires, puis bilieux, très tardivement fécaloïdes, rares, constipation opiniâtre, état général assez bon. C'est, comme on l'a dit, un étranglement chronique auquel peut succéder un étranglement aigu.

L'agent de l'étranglement peut être l'engouement par les matières fécales, une bride fibreuse adhérente à la fois

au sac et à une anse intestinale agissant par coudure de l'anse ou encore l'adhérence de l'intestin avec les parties voisines. On a cité des cas probants des trois sortes d'accidents. C'est, au fond, en ajoutant l'étranglement vrai sur le bord de l'anneau, les agents habituels de l'étranglement herniaire.

M. Besnier, au sujet des adhérences de voisinage de l'intestin, s'exprime ainsi : « Lorsqu'une portion d'intestin a contracté avec les parties voisines des adhérences morbides, elle est frappée d'une immobilité qui apporte un obstacle plus ou moins considérable à la circulation des matières. Si, à ces conditions défavorables, viennent se joindre des inflexions plus ou moins prononcées et plus ou moins multipliées de la portion d'intestins adhérente, l'obstacle au cours des matières peut devenir considérable et amener la mort par là même. »

Le pronostic des hernies de l'S iliaque est étroitement lié à ces complications : les symptômes de gêne, de tiraillement, de douleur, communs à la majorité des hernies, sont de petits accidents à côté de l'étranglement et de la péritonite herniaire qui peuvent venir se greffer sur l'irréductibilité habituelle, avec toutes leurs conséquences. De là, un pronostic réservé dans tous les cas de hernies adhérentes.

---

# CHAPITRE VI

## TRAITEMENT

L'intérêt que présentent, au point de vue thérapeutique, les hernies par glissement de l'S iliaque, vient surtout de la présence des adhérences charnues naturelles et de leur conséquence immédiate, l'irréductibilité. De là une ligne de conduite à tenir, différente de celle qu'on a coutume de suivre pour les autres hernies.

Tout d'abord, les indications du bandage paraissent ici à peu près nulles : il est inefficace et n'empêche point les progrès de la hernie ; il est douloureux et difficilement supporté ; de même pour les anciens procédés de purgation, repos au lit, compression. Nous citerons à ce propos l'intéressante observation de Trélat, rapportée par Desbordes : « Un gentilhomme campagnard était atteint
» d'une hernie congénitale irréductible. La réduction
» obtenue par la méthode classique, le malade retourna
» dans sa province muni d'un bon bandage. Bientôt il se
» maria et abandonna son appareil ; quelques années
» après, il revint trouver Trélat avec une hernie de nou-
» veau irréductible et contre laquelle les moyens ordinai-
» res échouèrent. La cure radicale fut entreprise ; elle
» conduisit dans une hernie où existaient à la fois des

» adhérences inflammatoires et adhérences naturelles,
» opération des plus laborieuses dont la mort fut le résul-
» tat. »

La faiblesse de la constriction fait parfois espérer la possibilité du taxis ; ordinairement il échoue. Il importe en tous cas de le pratiquer avec précaution et d'essayer de vider l'intestin de son contenu gazeux.

Un seul moyen a une efficacité réelle : c'est la cure radicale. En l'absence de contre-indications relevant, comme ailleurs, de l'âge, de l'état général, des états diathésiques, etc., on ne doit jamais tarder à l'employer.

La superficialité fréquente du gros intestin donne déjà lieu à un premier précepte opératoire : incision prudente, méthodique, couche par couche ; sinon, on risque de pénétrer d'emblée dans son intérieur, surtout s'il est partiellement dépourvu de sac. Elle doit être faite directement en avant, sur la partie la plus saillante de la tumeur — il sera nécessaire, dans les grosses hernies de la prolonger de quelques centimètres afin de libérer plus commodément son énorme pédicule ; c'est là une incision de kélo laparotomie, plutôt que de kélotomie véritable.

On va à la recherche du sac que l'on libère en général assez facilement des parties voisines. On peut, dans certains cas de constriction par un anneau fibreux, débrider sans l'ouvrir.

Une fois le sac ouvert, on tente la réduction ; celle-ci est aisée, si c'est une portion libre et complètement entourée de péritoine qui est en jeu, la portion pelvienne de l'S iliaque par exemple. Si on se trouve en présence d'adhérences néoformées, celluleuses ou fibreuses, d'origine inflammatoire, on les isole et on les sectionne entre deux pinces s'il y a des vaisseaux, puis on les lie tout près des surfaces. Si l'épiploon est en cause, ligature

simple, multiple ou en chaîne, résection au-dessous du moignon, réduction du moignon.

Si au contraire la réduction est rendue impossible par des mouvements complexes de torsion ou de déplacement du gros intestin suivant son axe, par des adhérences charnues naturelles, la règle à suivre diffère du tout au tout.

On doit tout d'abord respecter scrupuleusement les adhérences charnues naturelles sous peine de s'exposer aux accidents signalés dans un précédent chapitre : hémorragie, sphacèle intestinal par ischémie ; aussi est il indiqué de renoncer pour la libération du sac, plus que partout ailleurs, à l'emploi de tout instrument tranchant et de décoller avec le doigt.

L'état de l'anse ou des anses herniées doit faire l'objet d'un examen soigneux ; des perforations minimes passées inaperçues (obs. I) et résultant d'un commencement de sphacèle pourraient compromettre les bons effets de la réduction.

Enfin, on procédera à la réduction suivant un mode un peu spécial, mais identique à celui qu'on a coutume d'adopter pour les hernies du cœcum : l'intestin étant adhérent au sac et ces adhérences devant être respectées, on en conclut que le sac doit être réduit avec l'intestin. Il faut faire refaire au péritoine extériorisé et à l'intestin le même chemin qu'ils ont pris pour constituer la hernie, mais en sens inverse. On fait d'abord rentrer les parties supérieures du gros intestin, puis des portions de plus en plus inférieures, jusqu'à réduction complète. Cette manœuvre donne des résultats qu'il serait impossible d'obtenir par la simple pression directe.

La difficulté de cette réduction sanglante, toujours laborieuse dans le cas d'adhérences, est nécessairement

en rapport avec leur degré de resserrement ainsi qu'avec le volume de la portion d'intestin engagée ; elle varie dans le même sens que ces deux facteurs.

Parfois une adhérence s'établit si intimement avec les éléments constitutifs du cordon, qu'il y a fusion parfaite ; la castration devient alors nécessaire (un cas d'Hartmann).

Dans quelques cas graves d'irréductibilité, il sera indiqué, d'après Jaboulay, de faire l'entérectomie suivie d'entérorraphie circulaire (deux cas rapportés par Julliard au Congrès de chirurgie de 1895).

---

# OBSERVATIONS

## Observation Première

(Recueillie dans le service de M. le professeur Forgue)

L... J..., né à M... (Hérault), âgé de 70 ans.

Le malade était depuis longtemps porteur d'une hernie inguinale gauche, descendant dans les bourses, mais réductible et très bien maintenue par un bandage.

Vers le 16 ou 17 mai 1901, huit jours environ avant son entrée à l'hôpital, la hernie devient un matin irréductible ; en même temps se montrent d'autres phénomènes d'engouement ; la tumeur herniaire augmente de volume ; cet accroissement s'accentue tous les jours ; constipation opiniâtre.

Le lundi 23 mai, aggravation de la situation ; vomissements verdâtres, bilieux ; tumeur très douloureuse. Tentatives de taxis infructueuses.

Entrée du malade à l'hôpital, deux jours après, le 25 mai.

A l'examen, on constate une énorme tuméfaction des bourses, du côté gauche, du volume d'un œuf d'autruche. Au niveau du pôle inférieur de la tumeur, le scrotum présente une coloration rouge violacée.

La tumeur, irrégulièrement bosselée, est douloureuse à la palpation, surtout au niveau de son pédicule, au niveau de l'orifice externe du canal inguinal. Elle est absolument irréductible, tendue et sonore à la percussion ; en certains points, une consistance pâteuse, mais pas d'induration particulière.

Le malade présente en outre un arrêt complet des matières et des gaz. Le ventre est ballonné et douloureux; les vomissements fréquents, verdâtres et le malade a du hoquet. Température : 37°2. Pouls à 100.

Le diagnostic porté est celui d'épiplocèle et de hernie très probable du gros intestin.

On applique de la glace sur la hernie et, le lendemain 26 mai, on procède à l'intervention opératoire.

*Opération.* — Incision, non pas de kélotomie ordinaire, mais de kélo-laparotomie, c'est-à-dire incision en pleine paroi abdominale, remontant de la partie gauche de l'hypogastre jusque près de l'ombilic.

Cette incision donne issue à une sorte de gros gâteau rouge foncé, à consistance uniformément résistante : c'est l'épiploon très serré, très ecchymotique que l'on résèque.

Dès lors, on peut vérifier la justesse du diagnostic porté : hernie du gros intestin (S iliaque) et de l'épiploon, le premier ayant dû à la présence de celui-ci de ne pas subir une striction trop forte. La partie herniée du gros intestin, vascularisée, un peu épaissie, qui ne paraissait pas être le siège de graves lésions, présentait en réalité deux petites perforations de la dimension d'une pièce de 0 fr. 20 ; ces perforations auraient pu passer inaperçues sans le bruit avertisseur d'un dégagement de gaz.

Le point vraiment intéressant était le suivant : on pouvait diviser cette hernie en deux parties bien distinctes : l'une nettement réductible, l'autre au contraire irréduc-

tible ; la partie non réductible faisait pour ainsi dire partie intégrante du sac, en continuité absolue avec celui-ci par des adhérences charnues naturelles ; ces adhérences avaient leur aspect habituel et ressemblaient plutôt à des bandes fibro-musculaires qu'à des travées de péritonite adhésive.

## Observation II

(Rapportée par Hartmann.)

Etranglement aigu dans une hernie par glissement de l'S iliaque.

Le nommé F..., âgé de 30 ans, est entré le 8 novembre 1897, à l'hôpital Bichat, salle Jarjavay, pour papillome de la région anale.

Depuis l'âge de 15 ans, le malade présentait une hernie inguinale gauche, ordinairement indolore et réductible. Le 18 novembre au soir, pendant des efforts pour aller à la garde-robe, la hernie sort plus grosse qu'auparavant ; le malade ne peut la réduire. Néanmoins, pas de vomissements, pas de douleur vive au niveau de la hernie, si bien que l'attention n'est attirée sur l'étranglement herniaire que le lendemain à la visite.

Le 19 au matin, suppression des gaz et des selles depuis la veille, hernie inguinale gauche du volume d'une petite orange, funiculaire, tendue, sonore, douloureuse à la pression au niveau du pédicule, irréductible. Néanmoins, quelques efforts de taxis parviennent à réduire le volume de la hernie ; on sent les gaz passer de l'anse herniée dans les anses voisines. La masse totale de la hernie ne

peut être réduite et présente de la tension. Etat général bon.

L'opération d'urgence est pratiquée à midi.

*Opération.* Chloroforme, incision au niveau du canal inguinal et de la partie supérieure de la tumeur herniaire. La tumeur herniaire est isolée sans difficulté des parties environnantes. On ouvre le sac. A son intérieur on constate une quantité négligeable de liquide citrin. Anse intestinale de coloration normale, un peu vascularisée, sa paroi est épaisse ; on aperçoit une bande sur l'une de ses faces ; elle contient des matières molles de consistance butyreuse. A côté de cette anse, on aperçoit des franges épiploïques un peu congestionnées. Pour lever l'étranglement, qui est très peu serré, attendu qu'on peut, à côté de l'intestin, introduire le petit doigt dans l'anneau inguinal externe, on incise aux ciseaux la face externe du canal inguinal à partir de l'anneau.

Aucune lésion intestinale au niveau du collet. La réduction de l'anse du gros intestin semble d'abord se faire très commodément, mais on s'aperçoit que cette réduction entraîne celle du sac. Aussi, après avoir réséqué quelques franges épiploïques et les avoir liées en plusieurs pédicules isolés, on entreprend aussitôt la dissection du sac ; cette dissection est impossible en arrière. On remarque alors que le gros intestin, quoique entièrement dans le sac, s'insère à la paroi postérieure de celui-ci, par son méso qui a été entraîné dans le mouvement de descente, comme il est de règle dans les hernies par glissement. L'ouverture faite au sac est suturée, et le sac avec le gros intestin et le cordon qui adhère à la paroi postérieure du sac, le tout isolé des parties environnantes, est réduit dans l'abdomen. La partie suturée du péritoine est

fixée à la paroi abdominale antérieure par le procédé de Barker.

Reconstitution du canal inguinal par le procédé de Bassini.

Suture des téguments.

De l'adhérence du cordon au sac et de la réduction simultanée de ces deux organes, il résulte qu'après l'opération le testicule est situé tout près de l'anneau inguinal externe.

## Observation III

Hernie inguinale gauche irréductible. — Cure radicale

(Desbordes. — Th. Paris, 1886, obs. 1)

Le 21 octobre 1895, entre à l'hôpital Lariboisière un employé de commerce âgé de 32 ans. Il vient réclamer de lui-même l'opération pour une hernie inguinale gauche qui remonte à l'enfance.

Dès sa plus tendre jeunesse il avait une petite pointe de hernie insignifiante ; il ne ressentait alors aucun malaise ; la hernie, facilement réductible, était bien maintenue par un bandage.

Négligeant de porter constamment son bandage, la hernie augmenta progressivement. A 20 ans, il fut réformé, et, à partir de cette époque, la hernie devint plus volumineuse et commença à lui occasionner quelques coliques.

Fait important : le bandage qui, jusque-là, était porté facilement, devint intolérable. La compression qu'il exer-

çait était douloureuse ; lorsqu'il cherchait à réduire sa hernie, tout ne rentrait plus comme auparavant ; elle était donc devenue irréductible. Mal contenue, au moindre effort, la hernie filait sous le bandage et son volume allait croissant, si bien que vers l'âge de 23 ans, de bubonocèle elle se transforma en oschéocèle. Jusqu'ici le malade n'avait éprouvé que quelques malaises ; bientôt survinrent une série de petits accidents, tels que crampes, coliques, nausées. Depuis quelque temps même, les douleurs étaient devenues beaucoup plus vives ; les coliques, cessant d'être localisées, s'irradiaient à tout l'abdomen, à tel point que, deux à trois fois par semaine, le hernieux était obligé de s'aliter.

Après une journée de repos, tout se calmait ; mais c'était un calme de peu de durée. Aussi affirmait-il qu'il lui était impossible de vivre avec cette infirmité.

*Examen.* — Hernie d'environ le volume du poing. Zones de sonorité et de matité à la percussion. Facilement réductible, la hernie rentre avec le gargouillement caractéristique ; mais on sent qu'il reste dans le sac une petite masse adhérente. On ne recourt pas à l'injection de liquide et de gaz par l'anus.

Opération le 30 octobre. — Chloroforme.

Incision des divers plans.

On arrive sur le sac, qu'on ouvre.

Le contenu se compose d'intestin grêle, que l'on rentre facilement.

Une masse d'épiploon, nullement adhérente, est réséquée après ligature

Il ne reste plus qu'une portion du gros intestin, reconnaissable facilement à ses bandes et à ses franges épiploïques.

La plus grande partie se réduit, mais tout en haut, à la

partie supérieure, près du collet, l'anse est intimement adhérente, le péritoine fait défaut ; on a une adhérence par glissement et déplacement du méso.

On cherche à libérer cette anse ; la dissection avec les doigts et la sonde cannelée est des plus pénibles ; on parvient néanmoins assez haut dans l'anneau, l'anse libre rentre assez facilement. Il n'y eut qu'une perte de sang minime.

Ligature posée sur le sac, aussi haut que possible. On fait une suture des piliers antérieurs.

Pansement salolé, que l'on fixe avec du collodion.

25 novembre. — Malade quitte l'hopital.

## Observation IV

Mauclaire, *Bull. Soc. anat.*, juillet 1896. — Hernie par glissement de la partie supérieure de l'S iliaque. — Sac incomplet.

Sur un sujet de l'École Pratique, qui présentait une hernie inguinale gauche irréductible, et sur laquelle nous nous disposions à répéter une cure radicale, nous tombons sur une hernie avec sac incomplet. La cavité n'existait qu'en avant et était formée par le péritoine de la fosse iliaque ayant glissé dans le canal inguinal du côté correspondant. L'intestin hernié est la partie supérieure de l'S iliaque adhérant à son péritoine par les adhérences charnues naturelles, contenant les vaisseaux de l'intestin, comme nous l'a montré l'injection des artères

La pièce étant disséquée, on croirait que l'on a simplement détaché le péritoine de la partie supérieure de la

fosse iliaque et l'intestin qui lui adhérait par un très court méso normal, ce qui démontre l'exactitude de la théorie du glissement.

Somme toute, le sac péritonéal paraissait complet, sauf en arrière, au niveau du point où les vaisseaux se rendaient à l'intestin. Il ne s'agissait donc pas d'adhérences secondaires. En examinant le reste du gros intestin, on voit bien qu'il s'agit, non pas de l'S iliaque proprement dit, mais bien de la partie supérieure du côlon iliaque, et peut-être du côlon descendant.

*Réflexions.* — Ainsi que le disent les classiques, pour faire la cure radicale d'une hernie de ce genre, la résection du sac ne peut qu'être partielle. De plus, la réduction de l'intestin peut être rendue plus ou moins difficile. par le fait des vaisseaux dont la lésion pourrait être très grave. Une sorte de hernio-laparotomie serait souvent nécessaire. Dans notre cas, l'injection nous a montré qu'ils rampaient à la face postérieure du sac et auraient pu facilement être blessés. Cependant, la dissection avec les doigts a permis de les relever avec l'intestin avec auquel ils se rendaient.

## Observation V

(M. Berger, thèse Boiffin, Paris, 1887. Observ. II.)

Etranglement à marche lente dans une hernie de l'S iliaque du côlon, retenu au fond d'un sac inguinal par l'insertion du mésocôlon iliaque. Opération. Anus contre nature. Mort.

Jean-François Mich..., âgé de 78 ans, entre le 21 juillet 1881 à l'infirmerie de Bicêtre, souffrant depuis plusieurs jours d'accidents d'étranglement à marche lente. Il est porteur d'une hernie inguinale gauche, datant de

30 ans. Pendant longtemps, la hernie a été contenue par un bandage, mais depuis un temps relativement restreint, la contention n'a été que très imparfaite et la réduction ne se faisait plus en totalité.

22 juillet. — Il y a huit jours, la réduction, même partielle, n'a pu se faire ; deux jours plus tard, la hernie devenait le siège d'une légère douleur spontanée ; l'appétit se perd, la langue devient sèche, les selles se suppriment complètement. Émissions douteuses de gaz par l'anus. Apyrexie complète.

Hernie du volume de deux poings, irréductible à un léger essai de taxis ; indolente à la pression, molle, souple et très peu tendue ; sonore à la percussion, sauf à la partie postéro-inférieure où il y a une légère matité. Pédicule large, médiocrement serré sur l'intestin, absence de douleur et de tension à son niveau. Ventre légèrement météorisé. Pas de selles, pas de gaz, deux vomissements.

Le 23, un vomissement alimentaire ; pas de selles, pas de gaz. Météorisme abdominal plus marqué. L'état général se maintient. M. Berger insiste sur les caractères physiques de la tumeur, la largeur et l'indolence du pédicule, et aussi sur le caractère torpide des accidents généraux.

Le 24, l'état du malade s'est aggravé. La hernie a conservé les mêmes caractères que la veille, mais le gonflement du ventre a augmenté ; 45 grammes d'huile de ricin ont été conservés.

La marche subaiguë, la lenteur des accidents, l'absence de vomissements et de phénomènes spasmodiques, le peu de douleur locale font admettre un étranglement peu serré, portant sur un intestin peut-être antérieurement irréductible, peut-être sur le gros intestin, et M. Berger émet l'idée que ce pourrait être l'S iliaque entraîné avec son mésocôlon dans la hernie et fixé par lui au fond du sac

constitué par le péritoine de la région iliaque gauche, auquel nous pourrions avoir affaire. On peut aussi penser qu'il existe une anse d'intestin adhérente ou non à une assez grande quantité d'épiploon.

L'opération est décidée.

Incision de 15 centimètres, parallèle au grand axe de la tumeur, remontant un peu au-dessus de l'anneau inguinal externe. Ouverture du sac ; liquide clair et transparent dans ses parties déclives. S iliaque congestionné mais assez sain ; ses parois sont épaisses, œdématiées ; les appendices graisseux qu'il porte ont un volume énorme. L'S iliaque, d'une longueur de 20 à 25 centimètres, est rattaché par son méso à toute la paroi postérieure du sac.

Le collet du sac forme un rétrécissement circulaire qui bride fortement les parois herniées ; il admet l'index, mais en le serrant fortement.

Après avoir débridé en dehors dans une étendue de 2 à 3 centimètres, M. Berger cherche à faire rentrer l'S iliaque dans l'abdomen, mais il est arrêté « par l'adhésion intime qui l'unit au sac par le mésocôlon, qu'on ne peut diviser sans priver l'intestin de ses moyens de nutrition ».

Après une lutte d'une demi-heure, M. Berger se décide à faire un anus contre nature. L'incision intestinale donne issue à une quantité considérable de matières fécales. Le bout supérieur de l'intestin est fixé par cinq points de suture métallique à la demi-circonférence antérieure de l'orifice herniaire ; quelques points de suture au catgut permettent de même d'unir le bout inférieur à la demi-circonférence postérieure du collet du sac. On fait un pansement avec des compresses phéniquées et on laisse le malade se réveiller.

Mort le lendemain à 3 heures de l'après-midi.

## Observation VI

Hernie de l'S iliaque

(Ladroitte, *Bull. Soc. an.*, mars 1882)

Le fait a été observé à l'amphithéâtre, sur un homme ayant succombé à une affection pulmonaire et porteur d'une hernie inguinale gauche. La hernie était formée par l'S iliaque ; elle appartenait à la variété oblique externe. Les éléments du cordon occupaient le côté interne du sac.

La hernie était pourvue d'un sac péritonéal complet. L'anse herniée n'est que partiellement réductible. Il existait, en effet, un peu au-dessus du collet, des adhérences qui limitaient le retrait de l'intestin. C'étaient des « adhérences charnues naturelles »....« En effet,dans le cas qui nous occupe, les adhérences suffisantes pour s'opposer à la réductibilité de l'intestin, tant que le sac conservait ses connexions normales avec les parties voisines, disparaissaient complètement lorsque, après avoir séparé le sac des autres enveloppes, on le refoulait dans l'abdomen. »

## Observation VII

Hernie inguinale de l'S iliaque avec adhérences au sac. — Autopsie
(Roussel, 1841. Thèse Mérigot de Treigny, Paris, 1887, obs. LXIV)

Hernie inguinale très volumineuse chez un vieillard de 75 ans. « Elle était devenue le siège d'accidents d'étranglement qui avaient cédé aux antiphlogistiques ; on avait pu réduire, mais incomplètement. Il restait toujours une

tumeur dans l'aine : le malade est mort d'une autre affection et l'on a trouvé qu'il s'agissait d'une hernie formée par l'S iliaque du côlon avec sac incomplet. Lorsqu'on réduisait, l'intestin, en rentrant dans le ventre, entraînait avec lui le sac et le retournait, en quelque sorte, jusqu'au niveau de l'anneau où s'arrêtaient alors et le sac et une partie de l'intestin. »

## Observation VIII

Hernies inguinales irréductibles. — Cerné. — *Normandie médicale*

(Rapportée dans la thèse de Desbordes. 1896

Homme atteint d'une hernie inguinale double et énorme. On opère le côté gauche ; on arrive sur de l'intestin grêle sans adhérence apparente ; mais vers la fin, la réduction semble arrêtée par un obstacle situé près du collet et en arrière. A ce niveau on voit une anse du gros intestin fixée par un méso barrant la route. Réduction opérée avec les doigts.

## Observation IX

Hernie inguinale gauche de l'S iliaque. — Cure radicale.
(Thèse de Desbordes, 1896)

Il s'agit d'un malade opéré par M. Berger d'une hernie inguinale droite. Actuellement on constate une hernie inguinale gauche datant de un an et ne descendant pas au delà de la naissance des bourses.

Opération le 16 février 1893.

On trouve le tendon du grand oblique faible. Dans le sac on constate une frange épiploïque qui mène sur l'S iliaque ; celle-ci est engagée dans le canal et fait suite à la paroi postérieure du sac ; une partie du viscère se trouve dépourvue de péritoine. Dans ces conditions, il est impossible de poursuivre la dissection du sac de ce côté et de constituer un pédicule ; on se contente de fermer le péritoine autour du gros intestin par une suture en surjet dont les chefs sont fixés, d'après la manœuvre de Barker, à la paroi abdominale. La hernie était directe. La paroi postérieure faisant défaut, on la reconstitue par cinq points de suture.

---

# BIBLIOGRAPHIE

ANDERSON. — British med. Journal. Semaine médicale, 1895.
BARDELEBEN. — Arch. de Virchow, 1849.
BÉRARD. — Province médicale, 1896.
BOIFFIN. — Thèse de Paris, 1887. Hernies adhérentes au sac.
BROCA. — Soc. Anatom., 1891.
CABARET. — Journ. des Conn. méd. chir., 1842. Hernie crurale de l'appendice.
CRARNOIS. — Hernies du cœcum avec appendicite. Th. de Lyon, 1894.
DESBORDES. — Th. de Paris, 1896.
DURET. — Hernies rares. Th. d'agrégation, 1883.
FORGUE. — Précis de Pathologie externe, t. II.
FREDET. — Art. Péritoine des org. digest. in Traité d'Anatomie de Poirier, t. IV.
FROMONT. — Th. de Lille, 1890.
GILIS. — Nouveau Montpellier médical, 17 mars 1901. Hernie du côlon transverse.
GUERSANT. — Gazette des Hôpitaux, 1841.
GUILLET. — Bull. de la Soc. anatom., avril 1887.
HARTMANN. — France médicale, mars 1887.
HEDRICH. — Gazette médicale de Strasbourg, 1889. Etude sur les hernies du cœcum.
HEIGER. — Corresp. Blatt. f. Schweizer. Aertz, 1879. Hernie inguinale du cœcum.
HEULARD (d'Arcy). — Rev. méd. chir. de Malgaigne, 1853.
JABOULAY. — Art. Hernie, in Traité de Chirurgie de Ledentu et Delbet, t. VII.
JONNESCO. — Bull. de la Soc. anat. 1889. Note sur l'anatomie de l'S iliaque.
— Hernies int. rétro-péritonéales. Paris, 1890.
— Org. digestifs, t. IV du Traité d'anatomie de Poirier.
— Thèse de Paris, 1892.

Mayo (de). — Th. de Paris, 1897.
Mérigot de Treigny. — Th. de Paris, 1887.
Merlin. — Th. de Lyon, 1891.
Monteggia. — Fascicul. pathol., p. 91-93.
Pelletan. — Clinique chirurgicale, III, 33.
Petit (J.-L.). — Œuvres posthumes, t. II, p. 352.
Quénu et Duval. — Revue de chirurgie, 10 nov. 1898.
Samson (C. Von). — Zùr kenntniss der Flexura sigmoïdea coli (S. Romanum). Inaug. Dissert. Dorpat, 1890.
Scarpa. — Traité pratique des hernies, 1812.
Schiefferdaecker. — Beiträge zùr topographie des Darmes. Arch. f. Anat. Leipzig, 1896.
Sernin. — Journ. gén. de médecine de Sédillot, t. XVI, p. 306.
Sourier. — Gaz. hôp. 1881. Hernie du gros intestin.
Taramelli. — Arch. général. de méd., 2me série, t. X.
Trèves. — British med. journal, 1885. Mémoire sur les hernies du cœcum.
Tritschler. — F. IV. Observ. in hernias præcipue intestini cœci.
Trutié de Vaucresson. — Th. de Lyon, 1896.
Verdier. — Traité pratique des hernies.
— Acad. roy. de chir., t. XI, p. 498.

---

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 19 juillet 1904
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 18 juillet 1904
Le Doyen,
MAIRET.

# SERMENT

---

*En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !*

---